



Forebygging av depresjon hos hjemmeboende eldre

Tillater du at oppgaven din publiseres i Brage?

<http://www.diakonova.no/neted/services/file/?hash=559909d9d5e4c99f5f380290c547647f>

(Sett kryss)

x	JA, jeg tillater
	NEI, jeg tillater ikke

Dato for innlevering: Tirsdag 10 Mars 2015

Kandidat nr: 133

Kull: 183

Antall ord: 9430

Veileder: Mardon Breimoen

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
1. INNLEDNING.....	4
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling.....	4
1.2 Avgrensning.....	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans:.....	5
2.0 METODE	6
2.1 Beskrivelse av metode	6
2.2 Litteraturstudie.....	6
2.3 Datainnsamling, søkeord og litteraturfunn	6
3.0 TEORI	11
3.1 Forebyggende helsearbeid	11
3.1.1 Fremme psykisk helse.....	13
3.2 Kommunehelsetjenesten.....	14
3.2.1 Hjemmesykepleie.....	14
3.2.2 Samhandlingsreformen	14
3.3 Depresjon.....	15
3.3.1 Mild depresjon	15
3.3.2 Moderat depresjon	15
3.3.3 Alvorlig depresjon	16
3.3.4 Depresjon blant eldre	16
3.3.5 Selvmord og depresjon	17
3.4 Sense of coherence:	17
3.5 Benner og Wrubel – stress og mestring.....	18
3.5.1 Å Fremme og gjenvinne helse:	19
3.6 Kommunikasjon:	20
3.7 Presentasjon av forskning:.....	20
3.7.1 Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten.....	20
3.7.2 Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults.....	21

3.7.3 An interprofesjonal nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms	21
3.7.4 Depression and social support: Effective Treatments for homebound elderly adults	22
3.7.5 Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten	23
4.0 DRØFTING	24
4.1 Hvordan kan sykepleier forebygge depresjon hos hjemmeboende eldre	24
4.1.1. Mestre egen hverdag	24
4.1.2. Den gode samtalen	26
4.1.3. Opplevelse av meningsfullhet	28
4.3 Samhandlingsreformen – er dette mulig?	30
6.0 KONKLUSJON	33
7.0 LITTERATURLISTE	34

1. INNLEDNING

I det følgende kapittelet blir det en redegjørelse for begrunnelse og bakgrunn for valg av tema, før problemstillingen presenteres. Videre beskrives oppgavens avgrensning.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Forebyggende og helsefremmende arbeid i sykepleien er noe jeg har interessert meg for gjennom hele sykepleierstudiet. Å tenke forebyggende helsearbeid, og hva jeg som sykepleier kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom er noe jeg synes er spennende. Jeg tror forebyggende helsearbeid er nyttig for samfunnet, både med tanke på økonomi og ressursbruk. For enkeltindividet kan forebygging ha stor betydning. Man kan spares for år med lidelser og sykdom. Dette motiverer meg for å drive forebyggende helsearbeid. Jeg har liten erfaringen på området, men tror at vi som sykepleiere kan gjøre en forskjell. Yrkesetiske retningslinjer peker på at vi som sykepleiere skal drive en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Jeg ønsker i denne oppgaven å fokusere på hvordan sykepleier kan forebygge depresjon. Gjennom praksis og jobb har jeg møtt mange eldre som sliter med depresjon, og de følgende dette får for dem. Jeg synes eldre mennesker er en spennende og viktig pasientgruppe. Jeg ønsker med denne oppgaven å finne ut hva jeg kan gjør for at den eldre pasient med depresjon skal få det bedre. En rapport fra folkehelseinstituttet peker på at depresjon og psykisk lidelser er et folkehelseproblem i Norge i dag (Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011). Ekelund & Skule (2004) presiserer at forebygging av tilbakefall ved depresjon er en av de største utfordringene helsepersonell står overfor i dag. Med bakgrunn i dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien forebygge depresjon hos hjemmeboende eldre?

1.2 Avgrensning

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på hjemmeboende eldre med en mild/moderat depresjon som får hjemmesykepleie på grunn av sin mentale tilstand. Jeg er klar over at angst og depresjon henger sammen, men på grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å kun fokusere på depresjon. Jeg tar utgangspunkt i en kognitiv frisk person. Fysisk sykdom tas ikke med i oppgaven, hovedproblemet til den eldre vil være depresjon. Oppgaven til sykepleier i dette tilfellet blir å forebygge depresjon. Jeg kommer ikke til å gå inn på de ulike medisinske behandlingene av depresjon. Depresjon kan være et resultat av blant annet arv, genetisk årsaker eller opplevelser i barndommen. Dette er noe jeg ikke tar høyde for i oppgaven. Sentrale begreper vil bli forklart fortløpende.

1.2 Sykepleiefaglig relevans:

I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon. Yrkesetiske retningslinjer NSF (2011) peker på at vi som sykepleiere skal drive en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Hva kan sykepleier gjøre for å forebygge depresjon blant eldre? Hvordan kan vi drive en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Handler det om konkrete sykepleiepraksis, eller relasjonen sykepleieren har i møte med pasienten? Hvor mye betyr sosial kontakt og nettverk for den psykiske helsen? Som sykepleier i hjemmesykepleien vil man møte mennesker med en psykisk lidelse.

Hjemmesykepleien er en del av kommunens lovbestemte sykepleiertjeneste, loven presiserer at sykepleiere skal utføre denne funksjonen (Forskrifter om lovbestemt Sykepleietjeneste, 1983). Fra 1970-tallet ble flere institusjoner for psykisk syke pasienter kraftig redusert, og dermed fikk flere hjelp og behandling i hjemmet. Pasienter med psykisk sykdom er derfor blitt en større del av pasientgruppen i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2012). I rapporten «Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser» (2011) kommer det frem at 25-35 % av befolkningen over 65 år har opplevd symptomer på depresjon, og at 4-8 % har en alvorlig depresjon (Langballe & Evensen, 2011).

2.0 METODE

I det følgende kapittelet presenteres metoden og valg av forskningsetikker.

2.1 Beskrivelse av metode

Dalland (2012) referer til sosiologen Vilhelm Aubert sin defensjon på metode. «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s.110).

Metode er et redskap som skal hjelpe oss til å samle inn data og informasjon som vi trenger for å få svar på problemstillingen, og det man ønsker å finne ut av (Dalland, 2012).

2.2 Litteraturstudie

Jeg har gjennomført litteraturstudie som krav fra bacheloroppgavebeskrivelsen. En litterær oppgave bygger i hovedsak på skriftlig kilder. Der man vurderer de skiftelige kildene i form av kildekritikk som er metodens redskap (Dalland, 2012).

2.3 Datainnsamling, søkeord og litteraturfunn

Etter gjentatte søk i databaser kan det se ut som at det er lite forskning på problemstillingen min. Forskning som jeg har funnet konkluderer med at det trengs mer kunnskap på området. I følge Skatvedt & Andvig (2014) kan lav rangering av eldre som gruppe og manglende faglig interesse ses på som forklaringer på manglende forskning på området om eldre og psykisk helse.

Til å begynne med søkte jeg litt på google for å tilegne meg kunnskap på emnet. Jeg visste at folkehelseinstituttet fokuserer på forebyggende arbeid. Folkehelseinstituttet er et statelig forvaltningsorgan underlagt helse- og omsorgsdepartementet. De er kompetanseinstitusjon på blant annet psykisk helse og forebyggende og helsefremmende tiltak i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2014). På folkehelseinstituttets nettside søkte jeg på «forebygging» «depresjon» og kom etter hvert frem til rapporten: *Bedre fører var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Dalgard et al., 2011). Rapporten er ganske omfattende, så her brukte jeg mye tid på å tilegne meg kunnskap. I tillegg brukte jeg tid på å lete i referanselista etter mulige forskningsartikler. Der var mange relevante artikler, men mange av dem var over ti år gamle. Forfatteren presiserer i teksten at det er manglende forskning på forebygging av psykisk sykdom blant eldre. Videre søkte jeg på «Depresjon» og «psykiske lidelser blant eldre» på google. Da kom jeg frem til en ny rapport fra folkehelseinstituttet: *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser* (Langballe & Evensen, 2011). På samme måte som ved forrige rapport brukte jeg denne til å finne forskningsartikler, og her fant jeg en relevant. Jeg anser rapportene som pålitelige da det begge er bygget på anerkjent forskning på området.

Rapporten til Langballe og Evensen (2011) *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser* henviste til forfatteren Forsman og jeg kommer da over artikkelen: *Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults* (Forsman, Nordmyr & Wahlbeck, 2011). Denne artikkelen er et systematisk review. I følge kunnskapsbasert praksis er en systematisk gjennomgang en oversiktsartikkel med flere artikler om samme emne. De bruker en systematisk og beskrevet fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere enkeltstudier. Artikkelen som jeg har valgt har en klar tittel, en omfattende og beskrevet søkestrategi, og forfatterne er kritiske til utvalget av artiklene. Dette er noe av det som kjennetegner en god systematisk gjennomgang (Kunnskapsbasertpraksis, 2011).

Artikkelen *Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten* (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014) fant jeg med å søke på «hjemmesykepleie» og «depresjon» på sykepleien.no. På samme måte som tidligere leste jeg referanselisten for å se etter mulige artikler som kunne være relevante. Jeg ble interessert for artikkelen: *Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten* (Skatvedt & Andvig, 2014). Disse artiklene har et fokus på sykepleier og kommunehelsetjeneste som jeg ønsket å ha med i oppgaven, begge artiklene

er fagfellevurdert. I følge Dalland (2012) vil fagfellevurdering si at artikkelen blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet.

Videre gjorde jeg søk på ovid nursing og medline. Her brukte jeg søkeord som:

- Depression (prevention & control)
- Home care services
- Aged (80 and over)

Jeg kombinerte disse ordene med AND, men kom stort sett frem til de samme artiklene i begge søkebasene. Jeg fikk hjelp bibliotekaren på Høyskolen Diakonova, og vi gjorde et omfattende søk. Mange av artiklene tok for seg depresjon tilknyttet en spesifikk sykdom. Dette ønsket jeg å unngå, for det var mindre relevant for oppgaven min.

I MEDLINE fikk jeg 23 treff på søkeordene. Jeg valgte *Depression and social support: effective treatments for homebound elderly adults* (Loughlin, 2004). Denne artikkelen var en av få som ikke tok utgangspunkt i depresjon relatert til fysisk sykdom, jeg valgte derfor å bruke denne. Artikkelen er fra 2004, men på grunn av manglende funn, anså jeg denne som hensiktsmessig å ha med i oppgaven.

I ovid nursing søkte jeg også på følgende søkeord:

- depression
- health promotion
- nursing
- primary health care
- prevention

Søket på ovid nursing gav to treff, og den første artikkelen var: *The contribution of nursing to public health practice in the prevention of depression* (Wood, 2008). Dette er ikke en forskningsartikkel, men heller ment som refleksjon og diskusjon om emne. Til tross for dette har forfatteren av artikkelen søkt på anerkjente søkemotorer som Ovid Medline og PsychINFO for å finne kunnskap om temaet. Jeg har valgt å bruke denne på grunn av sykepleierfokus.

Videre søkte jeg på pubmed på følgende ord:

- Depression
- Elderly
- Home care
- Promotion

Kombinerte disse søkene med AND og dette ga 179 resultat.

Jeg leste litt over titlene på den første siden og fant interesse for artikkelen : *An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms* (Markle-Reid, 2014). Denne artikkelen har et helsefremmende fokus. Noe som jeg ønsket å ha med i oppgaven min.

Tidsskriftet «Idunn» er et nordisk tidsskrift på nett. Der fant jeg en artikkel som var publisert for «Bladet Psykisk helsearbeid». Artikkelen kritiserer samhandlingsreformen. Via denne artikkelen fant jeg en rapport fra SINTEF om psykisk helsearbeid i kommunen. SINTEF er Skandinavias største uavhengige forskningsorganisasjon, som skaper verdier og innovasjon ved å utvikle kunnskap og teknologi (Sintef, udatert). Denne valgte jeg å ta med da samhandlingsreformen er sentral i kommunehelsetjenesten.

I oppgaven min ønsket jeg også å finne tall på selvmord blant eldre i Norge. Det kan være vanskelig å finne konkrete tall da det er vanskelig å forske på eldre og selvmord. Jeg har derfor valgt å bruke en artikkel fra 2002, og denne fant jeg gjennom å google på «selvmord blant eldre». Artikkelen jeg valgte var *Selvmord blant eldre i Norge* (Kjølseth, Ekeberg, Teige, 2002). Den er publisert i tidsskriftet for norsk legeforening som jeg anser som pålitelig tidsskrift.

Videre valgte jeg å bruke boken *en hatt med slør...* (1995) av Trulte Konsmo som bygger på boken *The primacy of caring* (1989) av Benner og Wrubel. Jeg valgte å bruke boken til Konsmo, for denne setter teorien inn i en skandinavisk tankegang. Likevel er det viktig å tenke over at boken kan være preget av forfatternes subjektive tolkninger.

Jeg sendte e-post til «aldring og helse» for å høre om de hadde noe relevant jeg kunne bruke. Det er en nasjonal kompetansetjeneste på blant annet alderspsykiatri. Jeg fikk tilsendt noen artikler, men de gikk utenfor temaet mitt. De presiserte i e-posten at det var lite forskning på området (aldring og helse, 2015)

Boken *Helt – ikke stykkevis og delt* (2014) av Jan Kåre Hummelvoll blir brukt mye i oppgaven. Denne boken er pensumlitteratur for praksisstudier i psykisk helsearbeid. Boken er en klassiker innenfor psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.

3.0 TEORI

I dette kapittelet presenterer jeg relevant teori som skal hjelpe meg å svare på problemstillingen. Først vil jeg si noe om forebyggende helsearbeid, hvor hovedfokuset er på sekundærforbyggende arbeid. Videre definerer jeg hjemmesykepleie og samhandlingsreformen. Deretter skriver jeg generelt om depresjon, dens faser og sammenhengen mellom depresjon og selvmord. Så følger antonovsky sin teori «Sense of coherens», Benner og Wrubels teori om stress og mestring, og kommunikasjon. Til slutt vil jeg presentere forskningsartiklene.

3.1 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid dreier seg om mer enn å hindre sykdom, skade og tidlig død. Det handler om å fremme menneskers helse og bidra til at helse blir en positiv ressurs i hverdagslivet. Forebyggende helsearbeid favner både det å fremme helse og forebygge sykdom (Mæland, 2010).

Forebyggende helsearbeid inne psykisk helse dreier seg om et spekter av tiltak som retter seg mot samfunnsforhold, nærmiljø, familie og enkeltindivid (Mæland, 2010).

Fjørtoft (2012) mener at forebyggende helsearbeid har en sentral rolle i kommunehelsetjenesten, og innenfor hjemmesykepleien er det aktuelt for samtlige pasienter. Vi må hele tiden jobbe for å forebygge ytterligere helse- og funksjonssvikt. Når man skal drive forebyggende arbeide må vi alltid tenke fremover, og hvilke problem som kan oppstå. Det er viktig at aktuelle tiltak er rettet mot å fjerne risikofaktorer og styrke pasientens egne muligheter til å mestre sin situasjon (Fjørtoft, 2012).

Folkehelseloven (2011) sier at kommunen har ansvar for å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, lidelse og skade. Kommunene har også ansvar for å utjevne sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen (Folkehelseloven, 2011). I rammeplanen for sykepleieutdanningen står det at sykepleie omfatter tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i

befolkningen. Her kreves kunnskap om sammenhengen mellom helse og sykdom i et individ- og samfunnsperspektiv (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Hummelvoll (2014) viser til tre modeller som er gjeldene for folkehelsearbeid og helseopplysning innenfor psykisk helse: Den politisk-radikale modell, Empowerment modellen og prevensjonsmodellen. Jeg vil ta for meg den sistnevnte.

Prevensjonsmodellen: Her kommer den tradisjonelle forbyggende og helsefremmende tankegangen som videre deles inn primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid (Hummelvoll, 2014).

Primærforebyggende arbeid vil si å redusere antall nye tilfeller av sykdom og hindre at sykdom oppstår, og man ønsker å redusere forekomsten av en sykdom ved at hyppigheten av sykdommen reduseres (Weisæth & Dalgard, 2000).

Primærforebyggende arbeid skal forsøke å fjerne eller motvirke faktorer som kan skape sykdom og lidelse. Når det gjelder å forebygge psykiske lidelser kan dette være vanskelig, da årsaksforholdene ofte er sammensatte og kompliserte (Hummelvoll, 2014).

Primærforebyggende arbeid skal fokusere på spesielt utsatte grupper; for eksempel eldre, barn, ungdom og innvandrerfamilier. I tillegg skal man lage trygge og gode oppvekstmiljøer for barn og ungdom, skape gode arbeidsmiljø og trygge trafikkmiljø (Hummelvoll, 2014).

Sekundærforebyggende arbeid er rettet mot grupper som er i risikozonen for å utvikle sykdom, og i dette tilfellet psykisk lidelser. Tiltak for å redusere sykdomsutvikling og helseskader kan handle om å oppdage sykdom tidlig og få rask behandling. Ellers arbeides det for å hindre tilbakefall til vanskelige livssituasjoner og sykdom (Hummelvoll, 2014). For å få kunnskaper om symptomer på psykiske lidelser og for å sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt er det nødvendig at helsepersonell har god kompetanse på området. Sekundærforebyggende arbeid vil særlig fokusere på identifikasjon av spesielle risikogrupper når det er snakk om risikoatferd. Eksempel på dette kan være mennesker som har prøvd å ta sitt eget liv eller mennesker som sliter med psykiske problemer. Behandlingen av enkeltpersoner bør ses i et nettverksperspektiv slik at man kan forstå lidelsen i den familiære og sosiale sammenheng den har oppstått i. Når en person søker hjelp for sine vanskeligheter er det viktig å undersøke hvilken påvirkning familiemedlemmer har i vedkommende sin beslutning om å søke hjelp. For mange kan det å få hjelp til å leve med plagene gi bedre livskvalitet, hindre isolasjon og

passivitet, og hjelpe til å ivareta de grunnleggende behovene for trygghet, felleskap og tilhørighet (Hummelvoll, 2014).

Tertiærforbyggende arbeid skal redusere ytterligere utvikling av fastlåst sykdomstilstand eller problemsituasjon gjennom tiltak som vedlikeholder og bedrer funksjonsnivået, og som hindrer forverring av allerede eksisterende problemer. Innen psykisk helsearbeid vil det si å komme tidlig i gang med behandling, samt at man ser tegn til tilbakefall på et tidlig stadium som reduserer sannsynligheten for sykdomsutbrudd og skadevirkningene av disse.

Symptomatisk behandling som støtte, kunnskap og forståelse kan være aktuelle tiltak (Hummelvoll, 2014).

3.1.1 Fremme psykisk helse

Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i faktorer som kan styrke ressursene til god helse (Mæland, 2010).

Hummelvoll (2014) presenterer tre komponenter som er viktig for å fremme psykisk helse: Opplevelse av meningssammenheng, arbeid og sysselsetting og det sosiale nettverket.

Opplevelse av meningssammenheng: Å se mening og oppleve sammenheng i livet er av betydning for helsen. Dette er viktige elementer som kan former selvfølelsen til et menneske. Teorien «Sense of coherence» til Antonovsky er sentral i denne tankegangen. Tilgjengelige aktiviteter som stryker sosiale nettverks funksjon kan virker utviklende for individet (Hummelvoll, 2014).

Arbeid og sysselsetting: For å redusere omfanget av psykisk lidelser og **uhelse**, vil det mest effektive være at man avskaffer former for sosiale praksis og tilhørighet i arbeidslivet (Hummelvoll, 2014). Jeg går ikke mer inn på dette området da det ikke er vesentlig for oppgaven min.

Det sosiale nettverket: Sosialt nettverk kan vær med på å gi følelsesmessig støtte og verdsetting, Informasjon og hjelp til å mestre problemer, vennskap, felles interesser, verdier og materiell støtte ved behov. Familie, venner, arbeidskamerater og naboer kan være betydningsfullt for et sosialt nettverk. Å ha noen som står oss nær er avgjørende for vår opplevelse av helse og livskvalitet. Har vi et godt sosialt nettverk er man bedre rustet til å

møte og å tåle livspåkjenninger (Hummelvoll, 2014). Halvorsen (2005) og Håkonsen (2014) presiserer at det er en sammenheng mellom mangel på sosiale støtte og depresjon. Opplever man ensomhet og manglende sosial støtte kan det i seg selv føre til depressive symptomer. Mennesker med en depresjon trekker seg ofte vekk fra sosiale settinger, her kan man se en ond sirkel (Halvorsen, 2005).

3.2 Kommunehelsetjenesten

3.2.1 Hjemmesykepleie

Lov om pasient – og brukerrettigheter presiserer at brukere og pasienter har rett på nødvendig helsehjelp i kommunen (pasient- og brukerrettighetsloven [pasrl], 1999). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester omhandler forebygging, behandling og tilrettelegging for mestring av sykdom, skade, lidelser og nedsatt funksjonsevne. Man skal fremme sosial trygghet og sikre den enkelte til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse med andre. Loven skal sikre samhandling, og den enkelte nødvendig og tilgjengelig tjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Fjørtoft (2012) beskriver hjemmesykepleie slik «Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid» (Fjørtoft, 2012, s. 19). Målet for hjemmesykepleie er at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, og kunne leve et godt liv hjemme. For å kunne få en best mulig hverdag hjemme er det nødvendig at hjemmesykepleien ikke bare jobber behovsrettet. De har også en viktig oppgave med å se hva som gir den enkelte mening og fremme helse for den enkelte pasient (Fjørtoft, 2012).

3.2.2 Samhandlingsreformen

I Januar 2012 trådte samhandlingsreformen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» i kraft. Reformen har som mål å legge til rette for tydeligere prioriteringer i helse- og

omsorgstjenesten. Det blir lagt vekt på å bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Gjennom samhandlingsformen har kommunene fått mer ansvar for å gi innbyggerne den helsetjenesten de trenger. For at kommunen skal kunne gi sine innbyggere den beste behandlingen må man investere økonomisk og ha rett ressursbruk. Reformen presiserer derfor at kommunene må satse på forebygging fremfor reparasjon. Det skal altså lønne seg for kommunen og tenke forebygging, slik at pasienter vil ha mindre behov for innleggelser i spesialisthelsetjenesten (St.meld.nr. 47 (2008-2009), 2009)

3.3 Depresjon

Depresjon er en tilstand som ramme flere i løpet av livet. Verdens helseorganisasjon har beregnet at i 2020 vil depresjon ligge på andre plass når det gjelder antall tapte år med god helse (Kvaal, 2010). I følge WHO er depresjon en vanlig psykisk lidelse som mer en 350 millioner mennesker opplever (World Health Organization, [WHO] 2012a). Når man er deprimert er man preget av sorg og tap av opplevelser som glede og interesse. Mange opplever skyldfølelse, lavt selvvverd, forstyrrelser av søvn eller appetitt, tretthet og dårlig konsentrasjonsevne (WHO, 2012b).

3.3.1 Mild depresjon

Personer med en mild depresjon vil oppleve tristhet, men har ikke påvirket dømmekraft i forhold til seg selv eller andre. En stabil selvfølelse beholdes. Tristheten og nedtrykkheten som personen opplever samsvarer med realiteten i personens situasjon, men følelsen vedvarer ikke og skaper heller ikke funksjonssvikt. Personen kan i noen tilfelle trekke seg tilbake sosialt, og bli følsom for avvisinger (Hummelvoll, 2014).

3.3.2 Moderat depresjon

En moderat depresjon vil i større grad påvirke virkelighetsoppfatningen. Dette kan skje med at egne følelser av utilstrekkelighet overføres over på andre, slik at man kan tro at andre misliker eller har negativ oppfatning av en. Dømmekraften er ofte dårlig, man kan mistolke andre og ens egne evner blir undervurdert. Siden virkelighetsfølelsen er forstyrrer kan personen oppleve tomhet eller fysiske reaksjoner. Evnen til å oppleve glede er ofte redusert og man kan ha et negativt selvbilde. Tankeprosessen blir langsam og man trekker seg ofte vekk fra sosial deltagelse. Det kan oppstå problemer knyttet til utførelse av hverdagslige gjøremål og personen blir ofte grublende om spørsmål omkring livets mening (Hummelvoll, 2014).

3.3.3 Alvorlig depresjon

Ved en alvorlig depresjon er man så svekket at vrangforestillinger kan forekomme. Vurderingsevnen er ofte dårlig da personen ikke bryr seg om konsekvensene av sin adferd. Personen opplever ofte feiltolkninger av kroppen og følelse av fremmedgjøring. Overveldende følelser av skyld og verdiløshet preger ofte personen på grunn av stor avstand mellom oppfatning om hvordan man burde være, og slik vedkommende faktisk opplever seg. Opplevelse av følelser som fortvilelse, ulykkelighet, ubrukelighet og håpløshet kan prege personen. Tankeprosessen vil ofte være ulogisk og hukommelsen, konsentrasjonsevnen og oppmerksomheten er markant svekket (Hummelvoll, 2014).

3.3.4 Depresjon blant eldre

Depresjon blant eldre er hyppig og ses ofte i en sammenheng med kronisk sykdom, tapsopplevelser og en utarbeidet sorgreaksjon. Hos eldre ser man dette spesielt i forbindelse med tap av venner, ektefeller, helse og funksjonssvikt. På sikt kan dette utvikle seg til alvorlige depressiv tilstand (Kvaal, 2010). I en rapport fra folkehelseinstituttet kom det frem at 25-35 % av befolkningen over 65 år har opplevd symptomer på depresjon, og at 4-8 % har en alvorlig depresjon (Langballe & Evensen, 2011).

3.3.5 Selvmord og depresjon

Å ha en depresjon er en belastende livshendelse, når man opplever belastninger er det svært mange som opplever selvmordstanker. Dette er spesielt utbredt ved en alvorlig depresjon. Tall viser at fire av fem som begår selvmord har en depresjon (Håkonsen, 2014). I studiet «selvmord blant eldre i Norge» kom de frem til at 62% av de som tok livet sitt hadde en psykisk sykdom. Av disse var det 41% som hadde en depresjon (Kjølseth et al., 2002).

3.4 Sense of coherence:

Aaron Antonovsky var en israelsk – amerikansk sosiolog. Han var opptatt på en salutogen tilnærming til helse, det vil si hva som skaper grobunn for helse. Han var opptatt av menneskers «opplevelse av sammenheng» (Sense of coherence). Han mente at «opplevelse av sammenheng» (OAS) er avgjørende for at en person bevarer sin plassering på sammenhengens mellom helse og uhelse, og eventuelt beveger seg i retning av en hendelse. I forbindelse med OAS utførte Antonovsky et forskningsprosjekt, der han intervjuet en rekke mennesker som alle hadde opplevd traumer. I prosjektet kom han frem til 3 komponenter som han mener er viktige for menneskers «opplevelse av sammenheng». Disse tre er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2013). Snoek (2010) mener at OAS handler om å kunne forstå situasjonen, ha tro på at man kan finne frem til en løsning og å finne god mening i å forsøke på det. Denne kunnskapen mener hun skaper grunnlaget for det forebyggende helsearbeidet og for faktorer innen psykisk helsearbeid (Snoek, 2010).

Begripelighet Handler om i hvilke grad man opplever at stimuli man utsettes for i det indre eller ytre miljø er kognitivt forståelig. Dette vil da være opplevelsen av velordnet, sammenheng, struktur og klar informasjon. Her vil en unngå opplevelser av «støy» som kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet og uforståelig. Personer som skårer høyt på beripelighet forventer at stimuli som de møte i fremtiden vil være forutsigbare. Kommer disse overaskende skal det kunne forklares og settes inn i en sammenheng (Antonovsky, 2013).

Komponent nummer to er håndterbarhet. Dette handler om i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelig ressurser til rådighet for å kunne takle de stimuli man blir stilt ovenfor. Dette kan være ressurser man har kontroll over eller som kontrolleres av legitime andre eks:

ektefelle, venn, kollega, gud, historien, partileder, lege – eller noen man føler man har tillit til. Har man en høy håndterbarhet greier man ofte å komme seg videre, man takler motbakker og greier å bearbeider opplevelser man har opplevd (Antonovsky, 2013).

Den siste komponenten i OAS er meningsfullhet. Her trekkes inn livsområder som er viktige for mennesker. Noe som «gir mening» følelsesmessig. Meningsfullhet handler i stor grad om at man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig og når man da møter utfordringene er det verdt å engasjere seg i det og bruke krefter på det. Og at disse utfordringer blir noe man kan håndtere, ikke noe man skulle vært foruten. Når man da møter utfordringer som sykdom vil man være villig til å ta utfordringer, og man kan lettere komme seg ut av det på en anstendig måte. Disse tre komponentene utfyller hverandre, men Antonovsky anser meningsfullhet som den viktigste. (Antonovsky, 2012).

3.5 Benner og Wrubel – stress og mestring

Patricia Benner og Judith Wrubel var begge professorer ved The University of California. Sammen har de skrevet boken *The Primacy of caring* (1989). Boken tar for seg omsorg som noe grunnleggende både i menneskers liv og i sykepleie. Boken beskriver hva det vil si å være menneske, og hvordan mennesker opplever og mestre stress og sykdom (Konsmo, 1995).

Benner og Wrubel ser på stress som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det man forstår og slik man fungerer. Det medfører at man opplever smerte, tap og utfordringer. Benner og Wrubel bygger sin teori på Lazarus. Han har et fenomenologisk syn på stress som omfatter både personens og den situasjonen man er i. Stress er et resultat av personens vurderinger av sine muligheter til å tilpasse seg forholdene. Stress blir da et resultat av hvilke mening personen oppfatter at situasjonen har for ham (Konsmo, 1995).

Mestring ses på som det man gjør med stresset. Benner og Wrubel definerer mestring slik:

Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger.

Mestring er alltid begrenset av de meningsholdene og konsekvensene som er knyttet til det som anses som stressende (Konsmo, 1995, s. 84).

Benner og Wrubel mener at sykepleierens mål er «å styrke den andre, til å bli det som han eller hun ønsker å være» (Konsmo, 1995, s. 98). For at man skal kunne oppnå dette er det vesentlig at pasienten opplever sykepleieren som omsorgsfull. Det å bry seg om er omsorg, uten omsorg kan man verken lege eller lindre. Det man bryr seg om er det man er involvert i, det er dette som trues når man opplever stress (Konsmo, 1995)

3.5.1 Å Fremme og gjenvinne helse:

Benner og Wrubel (Konsmo, 1995) sitt syn på hva helse og velvære er, viser seg i fem ulike innfallsvinkler i arbeidet med å fremme eller gjenvinner helse og velvære:

1. Folks tenkning om hva helse er og sine valgmuligheter
2. Følelser
3. Kroppslig viten
4. Det man bryr seg om og hva meninger man har
5. Situasjonen

Jeg kommer ikke til å ta for meg alle disse, men vil nevne noen eksempler som Benner og Wrubel presiserer i drøftingsdelen.

3.6 Kommunikasjon:

Kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Det kommer fra det latinske ordet *comminicare* som betyr «å gjør noe felles». Det å ha gode samtaleferdigheter er et middel til å forstå den andre som person og til å yte bedre omsorg. God kommunikasjon kan få frem helhetslinjer og detaljer i pasientens situasjon, og bidrar til økt trygghet i vanskelige samtalesituasjoner. For å kunne ha en god kommunikasjon er det viktig med respekt og empati. For sykepleier – pasient relasjon kan god kommunikasjon fremme mening, mestring, tillit og god helse (Eide & Eide, 2012).

3.7 Presentasjon av forskning:

3.7.1 Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten

av Liv Halvorsen, Ingun Pahr og Lisbeth G. Kvarme (2014).

Metode: Studiet er et kvalitativt studie. Det ble gjennomført med at ti sykepleiere i hjemmetjenesten ble intervjuet, sykepleierne jobbet i et byområde i Norge. En intervjuguide med åtte åpne spørsmål ble benyttet, spørsmålene var basert på tidligere forskning og erfaringer. Informantene i studie var alle kvinner i aldersgruppen 30-56 år og hadde vært utdannet sykepleiere i 2-23 år. Det var lederen fra hjemmesykepleien som rekrutterte informantene. Forfattere deltok ikke i rekrutteringen av informanter eller kjente dem fra før.

Hensikt: Hensikten med studiet var å undersøke hvordan hjemmesykepleiere beskrev den nedstemte pasienten med depressive symptomer, og hvilke tiltak de kunne utføre.

Funn: Hjemmesykepleieren identifiserte pasienter med depressive symptomer med endring av det vante mønster. Tiltak som de kunne sette inn var «det lille ekstra» som innebærer praktisk hjelp, samtale og hjelp til nye eller utvidende vedtak.

Relevans: Jeg synes denne artikkelen er relevant for min oppgave da den tar opp utfordringer som hjemmesykepleien har i møte med pasienter med depressive symptomer. Artikkelen har et tydelig sykepleierfokus som jeg syntes var fint å ha med i oppgaven.

3.7.2 Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults

av Anna K. Forsman, Johanna Nordmyr & Kristian Wahlbeck (2011)

Metode: Studien er en systematisk gjennomgang av forskning på området. Det ble utført et systematisk uttak av artikler, og de ble valgt ut 69 studier i gjennomgangen.

Hensikt: Hensikten med studiet var å se om psykososiale intervensjoner hadde en helsefremmende effekt i forhold til psykisk sykdom og forebygging av depresjon.

Funn: De undersøkte ulike helfremmende og forebyggende tiltak i studiet. Disse var fysisk aktivitet, ferdighetstrening, reminisensarbeid, sosiale aktiviteter og sosial støtte. I studien kom det frem at psykososiale intervensjoner ble sett på som positivt for livskvaliteten, den mentale helsen og var med på å forebygge depresjon.

Relevans: Den er relevant for oppgaven min da den kommer med konkrete tiltak som kan gjøres i forhold til helfremming og forebygging blant eldre med depresjon.

3.7.3 An interprofesjonal nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms

Av Maureen Markle-Reid, Carrie McAiney, Dorothy Forbes, Lehana Thabane, Maggie Gibson, Gina Browne, Jeffrey S Hoch, Thomas Peirce & Barbara Busing (2014).

Metode: I studiet så det på virkningen av et behandling- og oppfølgingsopplegg til personer med depressive symptomer. Av de 142 deltagerne var det 98 som gjennomførte det seks måneder lange oppfølgingsprogrammet. Det ble laget en beskrivende utforming som undersøkte hva sykepleieren, brukeren og hjemmehjelpen mente hva hensiktsmessig med intervensjonene, og hva som var fordeler og ulemper med oppfølgingsprosjektet.

Hensikten: Hensikten var å se etter gjennomførbarheten og annerkjennelsen av et seks måneders langt helsefremmende prosjekt og om dette hadde noe effekt på redusering av depressive symptomer.

Funn: Studie kom frem til at tiltakene som var satt inn var gjennomførbare og tilfredsstillende for hjemmeboende eldre med depresjon. Etter 6 måneder viste det seg at depresjonen var redusert og flere hadde bedre livskvalitet. I løpet av studiet ble det observert en betydelig nedgang i antall innleggelser på sykehus.

Relevans: Studien er relevant til min oppgave da den tar for seg sykepleiers oppgaver med å fremme helsen. Det tar for seg noen sentrale punkter som kan være helsefremmende for eldre med depressive symptomer.

3.7.4 Depression and social support: Effective Treatments for homebound elderly adults av Agnes Loughlin (2004)

Metode: Tverrsnittstudie utført i Chicago av 25 hjemmeboende eldre som mottok helsetjenester i hjemmet. Alle kvalifiserte pasientene var over 75 år. Datasamling ble utført i hjemmet. Det ble laget et statistisk hypotese i forholdet mellom depresjon, opplevd kvalitet og mengden sosial støtte.

Hensikt: Hensikten med studie var å vurdere forekomsten av depresjon hos 25 hjemmeboende elder. Og forholdet mellom depresjon og oppfattelsen av sosial støtte.

Funn: 52 % av deltagerne i studiet scoret moderat på depresjon på GDS skalaen. På tross av dette var tilfredsheten hos enkeltpersonen som fikk sosiale støtte tallet høyere hos alle deltakerne, nivået sosial støtte var ikke betydelig relatert til depresjon i denne studien.

Relevans: Dette studiet er et av få der de kom frem til at sosial støtte hadde innvirkning på depresjon. Studien peker allikevel på at sykepleier har en viktig rolle med å være opptatt av elders sosiale støtte.

3.7.5 Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten

av Astrid Skatvedt & Ellen Andvig (2014).

Metode: Datamaterialet ble innheten med kvalitative intervjuer med hjemmeboende eldre og deres pårørende. Kriterier for å være med i studiet var at brukerne måtte være over 63 år, bo hjemme, har erfaring med psykiske helseproblemer og motta/ha mottatt hjelp fra kommunehelsetjenesten. Kriteriene for pårørende var å ha erfaring med familiemedlemmer i samme gruppe. Deltakerne i studiet ble rekruttert via hjemmetjenesten og team for psykisk helse (TPH). Utvalget besto av 16 brukere med en gjennomsnittsalder på 70 år. Utvalget av pårørende var tre ektefeller og et barn.

Hensikt: Hensikten med studiet var å bidra til kunnskapsutvikling basert på erfaringer fra eldre med psykiske helseproblemer som bor hjemme, og som trenger behandling og støtte for å kunne ha en best mulig livskvalitet

Funn: I studie kom det frem til to viktige hovedfunn: Tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet. Det første er knyttet opp til at hverdagsprat er betydningsfullt i seg selv, blant annet for å skape en tillitsfull relasjon. Det andre dreier seg om betydningen av å bli «tatt fatt i» med hensyn til å gjøre ting i hverdagslivet som bidrar til bedring.

Relevans: Studie er relevant da den har med erfaringer fra pasienter om hva som har bidratt til bedring i deres situasjon.

4.0 DRØFTING

Utgangspunkt for drøftingene er problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien forebygge depresjon hos hjemmeboende eldre?*

I drøftingen vil jeg fokusere på ulike tiltak som jeg funnet ut et betydningsfullt for eldre mennesker med depresjon. Jeg vil drøfte funnene ut i fra forskning og faglitteratur. Jeg vil videre se på samhandlingsreformens i forhold til forebyggende helsearbeid, og de utfordringer kommunene opplever i forbindelse med forebygging av psykisk sykdom.

4.1 Hvordan kan sykepleier forebygge depresjon hos hjemmeboende eldre

Kan man bruke modellen «Opplevelse av sammenheng» til Aaron Antonovsky for å forebygge og fremme helsen? Hummelvoll (2014) peker på at Antonovskys definisjon har fått stor betydning for de helsefremmende arbeidet. Det å oppleve livet som meningsfullt er en av de viktigste faktorene for å fremmer helse. Når man jobber med helsefremmende arbeid er det viktig å være opptatt av enkeltmenneske, og hva som skal til for å bedre helsen (Hummelvoll, 2014). Viktigheten av at sykdommen blir oppdaget på et tidlig tidspunkt og at det blir satt inn tiltak for å bremse sykdommen en sentralt i det forebyggende arbeidet. (Hummelvoll, 2014). Gjennom

4.1.1. Mestre egen hverdag

Høy begripelighet får man i følge Antonovsky ved å oppleve stimuli fra de indre og ytre miljø som sammenhengende og strukturert. Stimuli man utsettes for bør kunne settes inn i en sammenheng og forstås (Antonovsky, 2013). Opplever man stimuliene som uforståelig kan dette medføre til «støy». Kan man si at dette kan være som opplevelsen av stress? Benner og Wrubel (Konsmo, 1995) ser på stress som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, forståelig og slik man fungerer. I følge de er meningsløshet og manglende tilhørighet den viktigste trusselen mot mestring (Konsmo, 1995). Sykepleier skal stryke pasienten, til å bli den som han eller hun ønsker å være. For at sykepleieren skal oppnå dette må pasienten oppleve sykepleieren som omsorgsfull (Konsmo, 1995). I et studie fra Canada kom det frem

at eldre mennesker så på omsorg, emosjonell støtte og oppmuntring som viktige faktorer i behandlingen av deres depresjon (Markle-Reid et al., 2014). Kan en sykepleier som har en omsorgsfull tilnærming være positivt for eldre som opplever en depresjon? I en rapport fra folkehelseinstituttet kommer det frem at risikofaktorer for å utvikle psykisk sykdom er lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egnet liv og manglende evne til mestring (Dalgard et al., 2011). Når man opplever en depresjon er man ofte preget av skyldfølelse, lavt selvverd og opplevelse av å ikke mestre sin situasjon (Dalgard et al., 2011). De kan se ut som det er av betydning at sykepleier jobber for å styrke pasientens selvfølelse og hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon. Benner og Wrubel (Konsmo, 1995) mener at det ikke er noe fasitsvar på mestring, men mestring handler om hvordan man håndterer stresset. På hvilke måte man greier å mestre stresset er avgjørende for hvilke muligheter man har til å mestre den. Dette kan knyttes til tidligere erfaringer, kroppslig viten, innholdet i situasjonen og ikke minst hva man bryr seg om. Som omsorgsgiver er det viktig at man vet noe om faktorene som påvirker pasienten (Konsmo, 1995). Markle-Reid et al., (2014) og Halvorsen et al., (2014) peker begge på viktigheten av at sykepleier har kjennskap til pasientens helhetssituasjon for å kunne styrke pasienten og hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon. Sykepleieren må da vite hva som er viktig for den enkelte pasienten.

Eide & Eide (2012) skriver at man som hjelper, i dette tilfelle som sykepleier, kan hjelpe pasienten til å mestre ved å bare være der, lytte, gi psykologisk og essensiell støtte, og være en samtalepartner som gir råd. Dette kan på sikt være med å gi håp til pasienten om at noe bedre og annet vil vokse frem. Benner og Wrubel (Konsmo, 1995) mener at en ekspertsykepleier kjennetegnes blant annet ved at man involverer seg i pasientens situasjon med hele seg, at man da forstår bedre situasjonen og får tak i hvilke muligheter og ressurser som ligger i den (Konsmo, 1995). Det kan være betydningsfullt at sykepleier bruker seg selv i møte med pasienten, slik at sykepleieren best kan hjelpe den eldre til å forstå situasjon man er i. Det kan se ut som om at det å mestre sin egen situasjon kan være med på å forebygge depresjon for den eldre. Her har sykepleier en viktig og nødvendig rolle. Skal sykepleier kunne hjelpe til med mestring vil det kanskje være av betydning å kjenne pasienten og hans historie, det bringer oss over på neste punkt

4.1.2. Den gode samtalen

Antonovsky (2013) peker på håndterbarhet som viktig for «opplevelse av sammenheng». Håndterbarhet handler om resurser man har. Kan dette være en tillitsfull sykepleier? I Loughlin (2004) sitt studie gav pasientene uttrykk for at den viktigste støtten og ressursen for dem var pårørende eller omsorgspersonell. Skatvedt & Andvig (2014) intervjuet pasienter og pårørende om deres erfaringer med psykisk helseplager og det tjenestetilbudet de fikk av kommunen. Tid til samvær som omfatter tid til prat og samtale, utvikling av tillit og tid til å bli kjent viste seg å være viktig for dem. Det å snakke med noen som hadde tid til å lytte til dem kunne være til god hjelp for mange. Dessverre opplevde flere av dem det som frustrerende at det kom forskjellige mennesker på tilsyn hver gang. Dårlig tid og knapphet var også noe som opplevdes vanskelig for de eldre. En kombinasjon av disse gjorde at mange ikke følte seg trygge nok til å komme frem med det de hadde på hjertet (Skatvedt & Andvig, 2014). Dette er med på å vise at det kan være betydningsfullt for eldre mennesker med psykiske helseproblemer, at det er stabilitet og trygghet rundt dem slik at de kan få anledning til å komme frem med det som er vanskelig. En annen forskning ser også på viktigheten av det å bli kjent med pasienten for at den skal kunne åpne seg (Halvorsrud et al., 2014).

Mennesker som opplever en depresjon har ofte en endret virkelighetsoppfatning, noe som gjør at man kan tror at andre misliker en, eller mistolker det som blir sagt. Som sykepleier jobber man for å få en god relasjon til pasienten, og man er en viktig og nødvendig støtte for pasienten. For noe kan sykepleier være den eneste sosiale kontakten de har i løpet av dager og uker. Hverdagspraten kan for noen ses på som en viktig og god støtte. I Skatvedt & Andvig (2014) sitt studie peker de på hverdagspraten som et enkelt og viktig tiltak for at eldre med psykiske helseplager skal få det bedre. Resultater fra studiet viser at hverdagsprat bør anerkjennes som viktig, både for utvikling av en god relasjon og for bedring i seg selv. Som nevnt tidligere krever det en god relasjon til sykepleier for at pasienten skal kunne åpne seg og kunne fortelle om sine problemer (Halvorsrud, et al., 2014). For å få til denne relasjonen kan man se viktigheten av at sykepleier har gode kommunikasjonsegenskapet. Eide & Eide (2012) mener at gode samtaleferdigheter kan bidra til å yte bedre omsorg. Det kan også fremme mening, mestring, tillit og god helse. Eide & Eide (2012) sier at det å stille spørsmål er en god og sentral måte å bygge opp en relasjon mellom mennesker. Det er nødvendig for både å samle nødvendig informasjon med tanke på å kunne gi den beste hjelpen, og til å stimulere til refleksjon. Kunsten er å stille de rette spørsmålene, lytte aktivt og følge dette opp

på en måte som skaper trygghet og som stimulerer den andre til å utforske og formulere seg om det som er vanskelig. Åpne spørsmål inviterer til utforskning, beskrivelse og forklaring. Det gir rom for den andre til å snakke ut fra egne følelser, tanker og opplevelser. Åpne spørsmål innebærer svarmuligheter for den eldre, og det blir i liten grad av styrt av den som spør (Eide & Eide, 2012). Kvaal (2010) peker på den lindrende samtalen som kan hjelpe pasienten til å lindre og reduserer den psykiske smerten. En slik type samtale er ofte noe som er avtalt på forhånd og det blir ofte satt av faste tidspunkt, dette skal hjelpe pasienten til å kunne slå seg mer til ro. Den kan være av betydning at sykepleier og pasienten setter av en bestemt tid til samtale om det som er vanskelig. Gode kommunikasjonsevner er svært viktig i møte med pasienter som har en vanskelig livssituasjon. Min erfaring er at kommunikasjonsferdigheter er noe man øver seg i hele tiden, og det handler ofte om å våge. Våge å stille de vanskelige spørsmålene, våge å ikke alltid vite hva som kommer og våge å bruke stillheten som et middel. Stillhet kan gi pasienten tid og rom til å kjenne på, dvele over det som er følelsesmessig ladet sammen med hjelperen. Dette kan oppleves som meningsfylt og styrkende (Eide & Eide, 2012).

Sykepleier bør stadig gjøre nye vurderinger og kartlegging av pasienter for å se etter risikofaktorer for videre utvikling. Skal man kunne gjøre dette er det viktig å ha kjennskap til pasienten. Markle-Reid et al., (2014) ser på dette som viktig da man tidligere kan komme til med intervensjoner og oppdage eventuelle forandringer i pasientens situasjon. Depresjon kan assosieres med økt sykkelighet og selvmordstanker. Håkonsens (2014) mener at det å vurdere selvmordsfare er en vanskelig faglig vurdering og skal kun gjøres av fagpersoner med erfaring og kompetanse. Det å velge å ta sitt eget liv er ofte et ledd i en lengre prosess. Der håpløshet og fortvilelse til slutt fører til handlingen. Hummelvoll (2014) presiserer at det er viktig at helsepersonell gjenkjenner tegn på selvmord. Tverrfaglig samarbeid med kommunalt psykisk helsearbeid kan være viktig i dette arbeidet. Både for kompetanseutvikling og for hjelp til vurdering og kartlegging av pasientens situasjon.

Det kan se ut som at den gode samtalen kan være med forebygge depresjonen. Her krever det god tid til å bygge en trygg og tillitsfull relasjon. Erfaringer eldre har viser at mange synes at det er vanskelig at hjelperen har dårlig tid (Skatvedt & Andvig, 2014). Halvorsrud et al., (2014) understreker at hjemmesykepleien vektlegger tiltak i forhold til pasienter med depressive symptomer, men at man ofte har liten mulighet til å planlegge denne type tiltak. Sykepleierne som deltok i studiet prøvde å balansere mellom presset på køer av oppgaver samtidig som de strakk seg langt for pasienten (Halvorsrud et al., 2014).

4.1.3. Opplevelse av meningsfullhet

I følge Antonovsky (2013) er komponenten meningsfullhet viktigst for «opplevelse av sammenheng» Meningsfullhet handler om det å være involvert i noe (Antonovsky, 2013). Hummelvoll (2012) mener at tiltak som kan gi mening kan være i form av aktiviteter som styrker det sosiale nettverket sin funksjon og som utvikler individet, slike aktiviteter kan være av kulturelle, idrettslige og religiøs karakter. Benner og Wrubel (Konsmo, 1995) sier at sykepleier skal hjelpe pasienten til å finne ut hva som er meningsfullt i ens liv. De mener at det er viktig å bearbeide sine meninger og det man bryr seg om for å kunne fremme- og gjenvinne helse og velvære.

Sykepleier har en viktig oppgave i å hjelpe pasienten til å ivareta det han eller hun bryr seg om (Konsmo, 1995). For at man skal vite hva som er meningsfullt for den enkelte må man bruke tid sammen med dem, og kjenne deres livshistorie. Halvorsrud et al., (2014) mener at det å lytte til pasientens livshistorie skaper en forståelse hos hjemmesykepleieren. Kanskje man da bedre kan forstå hvordan de har det og hvilke behov de har? Viss pasienten har en religiøs tro kan troen være en viktig kilde når livet føles meningsløst (Konsmo, 1995). Om pasienten føler det meningsfullt kan sykepleier lese eller be sammen med pasienten, her må selvfølgelig sykepleier se sine begrensninger. Noen kan også ha stor glede av å snakke med en samtalepartner i form av prest, sjelesørger eller en annen religiøs leder om sine eksistensielle spørsmål og praktisering av sin religion. Det vil derfor kunne være en viktig oppgave for sykepleier og formidle dette behovet videre. Benner og Wrubel (Konsmo, 1995) mener at sykepleier har en viktig rolle med å formidle hva pasienten bryr seg om til andre.

For mange eldre kan det å ha et sosialt nettverk være viktig og nødvendig. I følge Halvorsen (2005) kan langvarig depresjon føre til at folk blir mer ensom og isolerer seg. De trekker seg vekk fra sosiale situasjoner. Når det gjelder ensomhet så kan man bli ensom som følge av depresjonen og man kan bli deprimert som følge av ensomheten, her kan man se en ond sirkel. Deprimerte mennesker trekker seg ofte vekk fra andre, og folk trekker seg kanskje vekk fra deprimerte personer, og man vil da føle en større ensomhetsfølelse. Mange vil lengte etter et fellesskap, men ønsker samtidig å være alene (Halvorsen, 2005). Det å ha et sosialt nettverk kan for mange være viktig. Sosialt nettverk kan være med på å gi følelsesmessig støtte og verdsetting. Det kan gi informasjon og hjelp til å mestre problemer, vennskap, felles interesser og verdier (Hummelvoll, 2012). Antonovsky (2013) mener at sosial støtte blir

regnet som en mellomliggende variabel. En buffer mot livsbegivenheter som demper sykdomsutfallet. Motsatt kan man se at mangel på sosial støtte kan være sykdomsfremkallende. Det kan derfor være betydningsfullt at sykepleier motivere pasienten til å være sosial. Det er viktig at sykepleier kjenner til de tilbudene som kommunen tilbyr. Mange kommuner har eldresenter og frivillighetssentral som kan være aktuelle tiltak. Folkehelseinstituttet mener at et forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot eldre med depresjon og psykiske lidelser kan være etablering av eldresentre som vektlegger støttegrupper og vennskapskontakt (Dalgard et al., 2011). Dette kan være med å gi dem støtte og et nødvendig nettverk. I en nyhetsartikkel fra NRK utaler 3 erfarne eldrepsykologer seg om den psykiske helsen blant eldre. De mener at eldre i for stor grad blir behandlet med legemidler for sine psykiske problemer. Disse legemidlene kan gjøre de eldre mer svake og er med på å gi mer problemer på grunn av bivirkninger. De mener at lett tilgjengelig tilbud i kommunene kan være løsningen. Lokale lavterskeltilbud kan være med å forebygge sosial isolasjon og passivitet som er assosiert med depresjon (NRK, 2010). Personer som opplever å ha en depresjon er ofte preget av negativitet, problemer med å glede seg over hverdagen og negativt selvbilde (WHO, 2012). For en person som bor hjemme, kan terskelen for å gå ut å være sosiale være vanskelig. Hummelvoll (2014) peker på at hvis man lykkes med det man holder på med, i dette tilfellet det å komme seg ut blant folk og være sosial. Kan dette være med på å styrke selvfølelsen, tro på at ting kan bli bedre og motvirke håpløshet (Hummelvoll, 2014). Det ses på som betydningsfullt at sykepleier motivere til å bli med på slike tilbud og aktiviteter. Det kan være en lang prosess som kanskje ikke skjer over natta, men gradvis ønsker kanskje pasienten å være med på dette. Vesentlig for motivasjon er kanskje håpet om at livssituasjonen kan bli bedre? For noen kan det å gå ut blant folk være et stort steg, som kan vil være vanskelig for dem. Viss pasienten ønsker det kan sykepleier hjelpe pasienten til å ta kontakt med en besøksvenn. Røde kors er en organisasjon som tilbyr dette (Røde kors, udatert).

Forsman et al., (2011) kom frem til at det er en liten sammenheng mellom fysisk aktivitet og forebyggende effekt på depresjon. Dalgard et al., (2011) mener dermed at fysisk aktivitet kan fremme den psykiske helsen til eldre mennesker, her vil det være viktig at eldresentrene tilbyr denne type aktivitet. Benner og Wrubel (Konsmo, 1995) mener at man ved mosjon kan instruere sine kroppslige vaner og ferdigheter til å bli mer flytende, avslappende eller sikre. Mosjonen bør være lystbetonet og oppleves som et mål i seg selv.

4.3 Samhandlingsreformen – er dette mulig?

Er det realistisk at man skal drive med forebyggende helsearbeid i møte med pasienter som har depresjon. Er det realistisk at man skal kunne fokusere mer på forebygging? Eller blir depresjonen til de eldre oversett? Ovenfor har jeg kommet frem til noen områder som kan være forebyggende og helsefremmende i møte med mennesker med depresjon. Skal man kunne drive forebyggende helsearbeid er det viktig at faktorer ligger til grunn for forebygging og at det blir prioritert. Når jeg har lest meg opp på dette temaet har jeg funnet ut av at ting kanskje ikke er så rosenrødt i praksis? Fungerer samhandlingsformen etter sin hensikt? Reformen trådte i kraft 01.01 2012, målet var at flere skulle få helsehjelp i sine hjemkommuner. Den beskriver også at kommunen skal tenke forebygging fremfor reparasjon. Ose (2013) presenterer et sammendrag av en SINTEF rapport som har sett på kommunale tiltak knyttet til psykisk helsearbeid. Rapporten Ose (2013) samefatter er basert på tall før samhandlingsreformen trådte i kraft. Til tross for dette mener hun at kommunene har hatt mange år på å forberede seg økonomisk og i bruk av ressurser på at samhandlingsreformen skal komme.

Ose (2013) presiserer at flere kommuner rapporterer om behov for mer kompetanse på psykisk helse. Dette gjelder spesielt til veiledning og bistand inn mot tverrfaglig tema (Ose, 2013). Flere kilder peker på viktigheten av tverrfaglige team og samarbeid i oppfølgingen av eldre mennesker med depresjon (Loughlin, 2004) & (Markle-Reid et al., 2014). For sykepleier er det viktig å delta i slike team, her kan man få faglig påfyll og hjelp i vanskelige pasientsituasjoner. De ulike yrkesgruppene har sine områder, og sammen kan man gi pasienten den beste oppfølging. I følge Hummelvoll (2014) er det å styrke sine kunnskaper innen psykisk helse viktig i det sekundærforebyggende helsearbeidet. Har man god kompetanse på området kan man tidligere sette inn tiltak slik at man kan forebygge ytterligere sykdom og helseskader (Hummelvoll, 2012). Det å ha kurs og kompetanseutvikling blant sykepleierne i hjemmesykepleien kan være et viktig tiltak.

Kommunene sier også at de sliter med å utvikle gode aktivitetstilbud og aktiviteter som gir en meningsfull hverdag for mennesker med psykiske lidelser (Ose, 2013). Dette kan man se på som bekymringsverdig da forskning viser at eldre mennesker med depresjon har en forebyggende effekt av meningsfulle sosiale aktiviteter (Forsman et al., 2011).

Blir det forebyggende helsearbeidet prioritert i kommunene? Folkehelseloven er klar på at kommunen har ansvar for å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, lidelse og skade (Folkehelseloven, 2011). I følge SINTEF rapporten melder flere kommuner at de sliter med å opprettholde det forebyggende helsearbeidet innen psykisk helse. Flere kommuner mener at det er lettere å ta bort stillinger innen forebyggende helsearbeid, enn å ta bort stillinger rettet mot boliger. De kom frem at flere kommuner slet med å dokumentere effekt av det forebyggende helsearbeidet, noe som gjorde det vanskelig å forvare årsverk inne forebyggende arbeid. Gjelder det samme for hjemmesykepleien? Blir det forebyggende helsearbeid prioritert her?

En motivasjon for kommunene til å drive forebyggende helsearbeid i møte med deprimerte pasienter kan være at det sannsynligvis er kostnadsbesparende. Markle-Reid et al., (2014) Kom i sitt studie frem til at et oppfølgingsopplegg for personer med depressive symptomer redusert antall innleggelser andre helsetjenester. Depresjon kan assosieres med økt sykkelighet, reduserte livskvalitet og økt risiko for død, selvmord og økt bruk av helsetjenester (Markle-Reid et.al, 2014). Konsekvensen av en depresjon er store og kan være alvorlige. Og forebygging er viktig her. Kommunene ønske spesielt å få ned dyre innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Etter samhandlingsreformen har det blitt dyrere for kommunen å ha pasienter innlagt i andre helsetjenester (St.meld.nr. 47 (2008-2009), 2009). Viss kommunene fokuserer på forebygging vil kanskje færre ha behov for innleggelser i spesialisthelsetjenesten, og kommunene vil kunne spare penger på dette.

I Norge ble det utført ett studie om selvmord blant eldre i Norge. Det kom frem at 41% av dem som valgte å ta sitt eget liv hadde en depresjon (Kjølseth et al., 2002). Markle-Reid et al., 2014 viser til at 73 % av de eldre i studiet hadde depressive symptomer, men kun 22 % fikk tilstrekkelig behandling, forfatterne ser på dette som bekymringsverdig. Dette er høye tall, og jeg synes det er skremmende viss flere eldre opplever depresjon uten å få tilstrekkelig behandling eller oppfølging for dette. Man kan stille seg spørsmålet, blir de elders depresjon oversett? Skatvedt og Andvig (2014) presisere at psykisk helseproblem kan bli sett på som utslag av en normal aldringsprosess, i kombinasjon med manglende kunnskap hos helsepersonell kan dette føre til at problemene blir oversett (Skatvedt & Andvig, 2014). Høy tall på depresjon (Langballe & Evensen, 2011) og de konsekvensene depresjonen kan gi vil jeg da se det som bekymringsverdig viss de elders psykiske helseproblem blir oversett.

Om det forebyggende helsearbeidet blir prioritert eller ikke er vanskelig å finne et fasitsvar på. Wood (2008) mener at sykepleien som profesjon spiller en viktig rolle i innflytelse på hvordan helsetjenester skal prioriteres og hvordan man skal utvikle en god helsepolitikk. Som sykepleier synes jeg det er viktig av man er samfunnsengasjert og bruker sin stemme til det beste for pasientene våre. Trenger man en forandring i prioritering av helsetjenester må vi stå sammen og våge å si vår mening. I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere engasjere seg i den sosiale og helsepolitiske utviklinger, både lokalt, nasjonalt og internasjonalt, og bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppes særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (NSF, 2011).

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne oppgaven var å se hva jeg som sykepleier kan gjøre for å forebygge depresjon hos hjemmeboende eldre. Tall viser at mange eldre i Norge opplever å ha depressive symptomer. Det er derfor viktig at vi som helsevesen ser disse pasientene, slik at vi kan forebygge depresjon. Funnene fra oppgaven kan settes inn i Antonovsky (2013) sin teori «Sense of coherence»: *Begripelighet* kan ses på som hjelp til mestring av egen livssituasjon, her kan sykepleier hjelpe pasienten til å finne sin måte å håndtere situasjonen og sykdommen på. *Hånterbarhet* dreier seg om den gode samtalen og den viktige og tillitsfulle relasjonen som sykepleier og pasient bør opparbeide. *Meningsfullhet* skal hjelpe den eldre til å finne ut hva som betyr noe for ham og hva som gi mening i livet. Sykepleier har en viktig oppgave med å motivere, støtte og hjelpe pasienten til å finne ut av og gjøre det som er meningsfullt for den enkelte. Antonovsky (2013) mener at disse tre komponentene er avgjørende for at mennesker skal bevare sin plassering mellom helse og uhelse. Vi ser at sykepleier har en viktig og nødvendig funksjon med å drive forebyggende helsearbeid i møte hjemmeboende eldre med depresjon. Ose (2013) peker på at det er utfordringer i kommunene med å prioritere forebyggende helsearbeid og psykisk helsearbeid. Lykkes man med å drive forebyggende helsearbeid kan man gjøre en stor forskjell for enkeltmenneske. Slik at den eldre kan oppleve «Sense of coherence» og dermed forebygge videre utvikling av sykdommen. Flere av mine kilder peker på viktigheten av kompetanse på området slik at man skal kunne forebygge videre utvikling av sykdommen. Skal man få økt kompetanse er det nødvendig med fagutvikling og forskning på feltet. Dalgard et al., (2011), Halvorsen et al., (2014) og Forsman et al., (2011) peker alle på at det trengs mer forskning på området, da spesielt med tanke på den forebyggende funksjonen. Skatvedt og Andvig (2014) peker på at lav rangering av eldre som gruppe, mangel på faglig interesse og det at man overser de elders helseplager som mulige årsaker til at det er lite kunnskap og forskning på området psykisk helse blant eldre.

7.0 LITTERATURLISTE

Antonovsky, A. (2013). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo:Gyldendal akademisk.

Aldring og helse (2015). *Om oss*. Hentet 9 mars 2015 fra <http://www.aldringoghelse.no/om-oss>

Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, S. & Aarø, L.E. (2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (FHI-rapport 2011: 1). Hentet 9. mars 2015 fra <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjon: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 .utg.). Oslo. Gyldendal akademisk.

Ekelund, M. & Skule, C. (2004). Kurs i mestring av depresjon – forebygging av tilbakefall. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, volum 41. Nummer 4, s. 282-290.

Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (2 .utg.). Bergen: fagbokforlaget

Folkehelseinstituttet (2014). *Om folkehelseinstituttet*. Hentet 9. mars 2015 fra <http://www.fhi.no/om-fhi/nasjonalt-folkehelseinstitutt>

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)*. Hentet 9. mars 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=Folkehelseloven>

- Forskrifter om lovbestemt Sykepleietjeneste. (1983). *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste*. Hentet 9. mars 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779>
- Forsman, A.K., Nordmyr, J. & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion og mental health and the prevention og depression among older adults. *Health Promotion International*, Volum 26(Suppl. 1): 85-107. doi: 10.1093/heapro/dar074
- Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L.G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien forskning*, 9(3), 244 – 250. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0133
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)* Hentet 9. mars 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Teige, B. (2002) Selvmord blant eldre i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 122:1457 – 61. Hentet 9. mars 2015 fra <http://tidsskriftet.no/article/554763/>
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør*. om omsorgens forhold til sykepleie - en presentasjon av Benner og Wrubels teori. Oslo: TANO.

Kunnskapsbasertpraksis (2012). *Systematisk oversikt*. Hentet 9. mars 2015 fra
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt/>

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet 9.mars 2015
fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kvaal, K. (2010). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.),
Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (s. 383-394). Oslo:
Gyldendal Akademisk.

Langballe, E.M. & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser* (FHI- rapport 2011). Hentet 9. mars 2015 fra
<http://www.fhi.no/dokumenter/ea715a617c.pdf>

Loughlin, A. (2004) Depression and social support: Effective treatments for homebound elderly adults. *Journal of gerontological Nursing*, 30(5), 11-15. doi: 10.3928/0098-9134-20040501-05.

Markle-Reid, M., McAiney, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Browne, G., . . . Busing, B. (2014). An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. *BMC Geriatrics*, 14(62). doi: 10.1186/1471-2318-14-62.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 9. mars 2015 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

- NRK (2010). *Slår alarm om eldres psykiske helse*. Hentet 9. mars 2015 fra <http://www.nrk.no/norge/slar-alarm-om-eldres-psykiske-helse-1.7116042>
- Ose, S. O. (2013, 22. April). Kommnale tiltak i psykisk helsearbeid 2011: Årsversstatistikk og analyse av komminal variasjon i psykisk helsearbeid i kommunene for årene 2007 til 2011. *SINTEF*. Hentet den 09.03.15 fra: <http://www.sintef.no/prosjekter/sintef-teknologi-og-samfunn/2012/Kommunale-tiltak-i-psykisk-helsearbeid-2011/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og Brukerrettighetsloven)*. Hentet 9. mars 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Røde Kors. (udatert). *Besøktjenesten*. Hentet 9. mars 2015 fra <https://www.rodekors.no/vart-arbeid/omsorg/sosial-inkludering/besokstjenesten/>
- Sintef. (udatert). *Om oss*. Hentet 10. mars 2015 fra <http://www.sintef.no/om-oss/#/>
- Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien forskning*, 9(1), 64-70. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0034
- Snoek, J. E. (2010). *Møtet med "den andre": om psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Akribe.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet 9. mars 2015 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Weisærh, L. (2000). Sentrale begreper og definisjoner. I L. Wisærh & O. S. Dalgard (Red.), *Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Wood, S. (2008). The contribution of nursing to public health practice in the prevention of depression. *Nursing Health Sciences*, 10(3), 241-247. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00401.x

World Health Organization. (2012a). *Media Center: Fact sheets, depression*. Hentet 9. mars 2015 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization. (2012b). *Health topics: Depression*. Hentet 9. mars 2015 fra <http://www.who.int/topics/depression/en/>

